

DELEGA PER VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19 DEI SOGGETTI CON ETÀ INFERIORE AI 18 ANNI O SOTTOPOSTI A MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA ¹	
<i>Dati identificativi del vaccinando</i>	
Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	
<i>Dati identificativi dei genitori o del Rappresentante Legale/Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno</i>	
PADRE	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
MADRE	Cognome e Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	
RAPPRESENTANTE LEGALE/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	
Cognome e Nome:	
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Comune di residenza:	Indirizzo di residenza:
Telefono:	E-mail:
Documento di riconoscimento (tipo e numero):	
Codice Fiscale:	

Il/La/i sottoscritto/a/i _____ consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, **dichiaro/dichiarano, sotto la propria responsabilità:**

¹ Modulo da presentare al professionista sanitario dell'equipe vaccinale unitamente al documento di identità del/dei dichiarante/i.